

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**



**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES VARONES  
ADOLESCENTES DROGODEPENDIENTES EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE  
TRATAMIENTO”**

Trabajo de titulación previo a  
la obtención del título de  
Psicólogo Clínico.

**AUTORES:** Iván Santiago Heredia Andrade.

C.I: 010401722-3

Víctor Rubén Morocho Pesántez.

C.I: 010587349-1

**DIRECTORA:** Máster Ivonne Elizabeth Álvarez Idrovo.

C.I: 010485702-4

**CUENCA - ECUADOR**

**2017**



### **Resumen.**

El presente trabajo de investigación buscó identificar los niveles de ansiedad y depresión en las distintas etapas de un proceso de internamiento, y también determinar en qué etapa del proceso existe un mayor nivel de ansiedad y depresión. Esta investigación se desarrolló con un enfoque cuantitativo a nivel exploratorio con alcance descriptivo. Para lograr los objetivos de la investigación, el proceso de recolección de la información contó con dos instrumentos de evaluación: El Cuestionario de Ansiedad de Hamilton y la Escala de Depresión de Hamilton. El grupo de estudio estuvo conformado por 51 usuarios varones adolescentes drogodependientes del Centro de Tratamiento de Adicciones (Proespe) “Hogar Crecer”, las edades estuvieron comprendidas entre los 10 y los 17 años. Luego del análisis de los resultados se obtuvo que: en la fase de progreso se observan los mayores niveles de ansiedad con el 25,5% de participantes con ansiedad moderada/grave, seguida por el 15,7% en la fase de egreso y con el 13,7% en la fase de ingreso. En cuanto a la depresión se evidenció que el nivel de depresión moderada prevalece en la etapa de ingreso con 9,8% de participantes y 11,8% en la fase de progreso. Por otro lado, en la etapa de egreso se observa un nivel considerable de depresión ligera/menor con 15,7%.

**Palabras Clave:** ADOLESCENCIA, ANSIEDAD, DEPRESIÓN, DROGODEPENDENCIA, DROGA, PROCESO DE INTERNAMIENTO.



### **Abstract.**

The goals of the following research study were to identify the different phases of anxiety and depression during interment process, as well as to determine at which particular phase of the process the levels of anxiety and depression are highly expressed in adolescents. The design of this study consisted of a quantitative approach by employing exploratory and descriptive research methods. In order to accomplish the objectives of the research study, two instruments for evaluation were employed during the process of data collection: The Hamilton Anxiety Rating Scale and The Hamilton Rating Scale for Depression. The study group consisted of 51 drug addict adolescent males between the ages of 10 and 17 years old from “Hogar Crecer”, a treatment center for addictions (Proespe). After the results were analyzed, it was observed that the greatest level of anxiety is expressed during progression phase as 25.5% of the participants demonstrated moderate/severe feelings of anxiety, followed by 15.7% in the discharge phase and 13.7% during the entry phase. In regards to depression, levels of moderate depression were prevalent in the entry phase in 9.8% of the participants and 11.8% during progression phase. However, during discharge phase the level of depression was mild as demonstrated in 15.7% of the participants.

**Key Words:** ADOLESCENTS, ANXIETY, DEPRESSION, DRUG, DRUG ADDICT, INTERMENT PROCESS.



## Índice de contenidos

1	Introducción. ....	1
2	Proceso Metodológico.....	6
2.1	Preguntas de investigación.....	6
2.2	Objetivo General.....	6
2.3	Objetivos Específicos. ....	6
2.4	Criterio de Inclusión. ....	7
2.5	Criterio de Exclusión. ....	7
3	Resultados. ....	10
3.1	Nivel de ansiedad general que experimentan los usuarios en el proceso de tratamiento .....	10
3.2	Nivel de ansiedad en cada etapa del proceso de internamiento .....	10
3.3	Etapa de tratamiento donde se presentan mayores niveles de ansiedad. ....	11
3.4	Nivel de ansiedad por edades de los usuarios.....	12
3.5	Nivel de depresión general que experimentan los usuarios en el proceso de tratamiento. ....	12
3.6	Nivel de depresión en cada etapa del proceso de internamiento .....	13
3.7	Etapa de tratamiento donde se presentan mayores niveles de depresión.....	14
3.8	Nivel de depresión por edades de los usuarios. ....	15
4	Discusión.....	16
5	Conclusiones .....	19
6	Recomendaciones.....	20
7	Bibliografía.....	21
8	Anexos.....	25

## Índice de gráficos.

Gráfico 1	Nivel de Ansiedad en relación al total de la muestra. ....	10
Gráfico 2	Etapa de Tratamiento en la que se presenta mayores niveles de Ansiedad....	11



Gráfico 3 Nivel de Ansiedad por edades .....	12
Gráfico 4 Nivel de Depresión en relación al total de la muestra. ....	13
Gráfico 5 Etapa de tratamiento en la que se presentan mayores niveles de depresión...	14
Gráfico 6 Nivel de Depresión por edades.....	15

### **Índice de tablas**

Tabla 1 Nivel de Ansiedad en cada etapa de internamiento.....	11
Tabla 2 Nivel de Depresión en cada etapa de tratamiento .....	14



Universidad de Cuenca



Universidad de Cuenca  
Cláusula de propiedad Intelectual

---

Iván Santiago Heredia Andrade, autor/a del trabajo de titulación “Nivel de ansiedad y depresión en pacientes varones adolescentes drogodependientes en las distintas etapas de tratamiento”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, octubre del 2017

---

Iván Santiago Heredia Andrade

C.I: 0104017223



Iván Santiago Heredia Andrade en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Nivel de ansiedad y depresión en pacientes varones adolescentes drogodependientes en las distintas etapas de tratamiento", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, octubre del 2017

Iván Santiago Heredia Andrade

C.I: 0104017223



Universidad de Cuenca



Universidad de Cuenca  
Cláusula de propiedad intelectual

Víctor Rubén Morocho Pesantez, autor/a del trabajo de titulación “Nivel de ansiedad y depresión en pacientes varones adolescentes drogodependientes en las distintas etapas de tratamiento”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, octubre del 2017

Víctor Rubén Morocho Pesantez

C.I: 0105873491





Universidad de Cuenca



Universidad de Cuenca

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

---

Víctor Rubén Morocho Pesantez en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Nivel de ansiedad y depresión en pacientes varones adolescentes drogodependientes en las distintas etapas de tratamiento”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, octubre del 2017

---

Víctor Rubén Morocho Pesantez

C.I: 0105873491



### **Dedicatoria**

Quiero dedicar este trabajo a mi hijo Gabriel quien ha sido mi motor y motivación a lo largo de mi carrera, de quien he robado tiempo valioso pero con su apoyo y cariño logre salir adelante.

A mi esposa Gabriela quien ha sido mi compañera y apoyo durante todo este tiempo, quien también ha sido un pilar fundamental para conseguir mi meta y gracias a la confianza depositada en mí he logrado salir adelante.

A mis padres Iván y Rosita quienes me han apoyado durante toda mi vida, quienes me han enseñado a dar mi mayor esfuerzo y a luchar por lograr los objetivos que uno sueña.

A mis hermanos Carlos, Camila y Sebastián quienes han confiado siempre en mí y han estado apoyándome para cumplir mis metas.

**Santiago**



### **Dedicatoria**

De manera especial, dedico este proyecto a mi familia por brindarme todo el amor, la comprensión, el apoyo incondicional y la confianza en cada momento de mi vida. En especial a la persona que más admiro, mi mamá por ser mi guía, por estar pendiente y apoyarme, a mi padre por el esfuerzo que hace día a día para que cumplamos nuestras metas y a mis hermanos por siempre estar junto a mí dándome su amor y apoyo para culminar de manera exitosa este proyecto.

*“Si los pensamientos son energía y resulta que nunca se agotan, tiene sentido pensar que el origen del pensamiento es una fuente de energía inextinguible”*

**Frank Kinslow**

**Rubén**



### **Agradecimiento**

Agradezco a la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca por haberme permitido ser parte de esta experiencia educativa y formarme en ella.

A los docentes de la Facultad quienes con su experiencia y sabiduría me han llenado de herramientas para poder afrontar de la mejor manera mi vida profesional.

A mi tutora de tesis Magister Ivonne Álvarez, por el apoyo brindado durante este proceso y por la paciencia que ha tenido para que este trabajo se realice de la mejor manera.

A mi familia, ya que gracias a la ayuda brindada por parte de ellos he logrado alcanzar una meta más en mi vida.

Al Centro de Tratamiento de Adicciones “Hogar Crecer” por abrir sus puertas y dar la confianza y la oportunidad para que se realiza de la manera más adecuada esta investigación.

**Santiago**



### **Agradecimiento**

Dirijo mis más sinceros agradecimientos a la Universidad de Cuenca, a la Facultad de Psicología y a todos los docentes que participaron durante mi formación académica, de manera especial a la master Ivonne Álvarez por su generosidad al compartirnos sus conocimientos acerca del tema desarrollado.

Agradezco a mis amigos y demás personas que han formado parte de la vida universitaria, que siempre han estado apoyándome, por su amistad y ánimos durante todo este proceso.

Finalmente, Un especial agradecimiento a los adolescentes y familiares de la Comunidad Terapéutica “Hogar Crecer”, pues sin su participación no hubiera sido posible ejecutar este trabajo, muchas gracias.

**Rubén**



## 1 Introducción.

La presente investigación titulada *Nivel de ansiedad y depresión en pacientes varones adolescentes drogodependientes en las distintas etapas de tratamiento*, tuvo por objetivo describir los niveles de ansiedad y depresión dentro de cada etapa de internamiento que atraviesan los usuarios varones adolescentes drogodependientes que están internos en la comunidad terapéutica Proyecto Esperanza “Hogar Crecer” de la ciudad de Cuenca. Quienes siguen un proceso de modelo de comunidad terapéutica, que tiene por objetivo la deshabituación, rehabilitación y reinserción de las personas con problemas de drogodependencia, donde se lleva a cabo un tratamiento de tipo integral ya que ofrecen intervenciones psicológicas, médicas y educativas (Becona, et al., 2010).

Para tratar el tema de drogodependencia en adolescentes es importante en primer lugar tener una definición de adolescencia, la que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2017 es:

El periodo de crecimiento y desarrollo humano, que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, es considerada como la etapa más importante de transición en la vida de una persona, se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios tanto físicos como emocionales.

Este periodo comprende entre los 10 y 19 años. Además de ser una etapa donde una persona se prepara para la adultez ya que se producen variadas experiencias de desarrollo como: el desarrollo de la identidad, el razonamiento abstracto, la independencia social y las aptitudes necesarias para las relaciones sociales. También se reconoce dos etapas dentro de esta categoría: la adolescencia temprana, desde los 10 hasta los 14 y la adolescencia tardía, a partir de los 15 hasta los 19 años. (OMS, 2017).

En segundo lugar al hablar sobre drogodependencia es importante tener claro un concepto sobre ésta; en 1965 la OMS (citado por Cobo, 2015) define a la drogodependencia como: “Una dependencia física, mental, o ambas, del uso de sustancias psicotrópicas, provocando en la persona una administración periódica de dichas sustancias”. Además el concepto de droga nos permitirá saber qué efectos tienen dentro un organismo vivo; según Ruiz (2007), una droga es capaz de producir dependencia tanto psíquica o física, y su consumo llega a ser problemático



En lo que respecta al consumo de drogas en la adolescencia se puede decir que, es un fenómeno originado por diversas causas. Rojas (2012), menciona los siguientes aspectos como factores de riesgo: “las enfermedades mentales, la accesibilidad a la sustancia y la predisposición genética. Resalta, de manera particular, la influencia del medio ambiente; lo anterior brinda una noción de la complejidad del problema”.

Así mismo, López y Rodríguez-Arias (2010) afirman que:

“Los factores de riesgo más relacionados con el consumo de sustancias son la disponibilidad de drogas, las actitudes familiares favorables al consumo, la historia familiar de conducta antisocial, el inicio temprano y el consumo de los amigos, el riesgo percibido con respecto al consumo y las actitudes favorables al consumo”.

En la actualidad, las formas de consumo de drogas en los adolescentes son particulares, lo cual desarrolla un proceso propio del grupo de iguales y que forma parte de la socialización. Además, los jóvenes tienen un policonsumo de drogas que potencian los efectos entre una droga y otra. Lo que quiere decir que es un proceso que obedece a la espontaneidad y naturaleza del grupo al que pertenecen. (Murillo, 2013).

Además y como mencionan autores como (Mesa y León-Fuentes, 1996), citado por Fantin, (2006), que investigan la problemática, coinciden en afirmar que la adolescencia “...se ha ido constituyendo progresivamente como una edad de alto riesgo para el abuso de sustancias adictivas, y cada vez en edades más tempranas”, por lo que esta afirmación se encuentra respaldada por varias razones: pobre autoestima, escaso desarrollo de las capacidades, predominio de locus de control externo, carencia de autodisciplina, dificultad para las relaciones interpersonales, pobre capacidad de juicio, escaso sentido de responsabilidad, personalidad lábil. Si a ello se une una familia que no supo poner límites, o con graves problemas de autoridad (por exceso o defecto) el riesgo se encuentra potencialmente aumentado (Glenn, 1987). Citado por Fantin, (2006).

Por consiguiente los adolescentes no están exentos de desarrollar trastornos por consumo de sustancias, estos se evidencian con desajustes en las esferas comportamentales y emocionales, con adicción física, pérdida del manejo de consumo o consecuencias desfavorables como problemas académicos, laborales o sociales (ASOCIMED, 2012).



Del mismo modo se ha considerado importante analizar varias investigaciones con sus respectivos autores que tratan sobre conceptos generales acerca de las variables de esta investigación. En el año 2012 en el estudio realizado por Llomáki, titulado Substance use disorders in adolescence: comorbidity, temporality of on set and socio-demographic background, encontraron una alta prevalencia para ansiedad y depresión, siendo el 24,5% y 45,7% respectivamente. Así, mismo en otro estudio se evidenció la prevalencia tanto para ansiedad y depresión con trastornos por consumo de sustancias, los resultados fueron similares según un estudio realizado por (Boger, Auerbach, Pechtel, Busch, Greenfield, Pizzagalli, 2014) con una frecuencia de 30% y 32,5% respectivamente.

Debido a esta prevalencia se ha visto importante estudiar la ansiedad, la cual es descrita como una sensación experimentada por todos en algún momento de la vida. Cuando se presenta en niveles normales, influye en el rendimiento y ánimo a enfrentarse a las diferentes situaciones peligrosas, sin embargo cuando existe niveles elevados puede dar paso a trastornos de ansiedad. Este es caracterizado por sentimientos de temor y angustia, acompañados de sintomatología somática que indican una hiperactivación del sistema nervioso autónomo (Cárdenas, Freia, Palacios y De la Peña, 2010).

Dentro de los síntomas de ansiedad identificados por Joseph Farré, 2014, (Citado por Araujo y Clavijo, 2016) se encuentran: Sequedad de la boca, sudoración excesiva, palpitaciones y mayor frecuencia en la micción (ansiedad somática), también de preocupaciones, irritabilidad y anticipación de lo peor (ansiedad psíquica), por lo que ante cualquier situación más o menos contradictoria le provocará problemas al individuo, lo que le conlleva a una creencia ansiosa la cual provoca síntomas corporales, desencadenando rendimiento y conductas inadecuadas ante el problema. Dentro de la drogodependencia los síntomas de ansiedad característicos por consumo de sustancias se presentan con tensión, aprensión, temor, excitabilidad exagerada, anorexia, insomnio, hipersomnía, palpitación cardíaca, etc., lo que requerirían atención o tratamiento. (Cárdenas., et al. 2010)

Avanzando con el análisis de los constructos teóricos también se abordó a la depresión que, es definida como un trastorno del estado de ánimo en el que predomina la tristeza, desánimo, pérdida de autoestima e insatisfacción en actividades habituales (DSM V, 2013). Los síntomas que pueden presentar son: pérdida de peso, insomnio,





enlentecimiento o agitación psicomotriz, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Dentro de un proceso de tratamiento la sintomatología presentada por la persona son: la evaluación negativa de cada persona, la culpa y la desesperanza hacia el futuro (Calvete, citado por Agudelo et al, 2008) también se pudo observar estructuras cognitivas distorsionadas como: Fracaso interpersonal, incapacidad de realización de logro (Clark y Beck, citado por Agudelo et al 2008).

Es por eso que, para poder establecer los niveles de ansiedad y depresión de los adolescentes drogodependientes de la Comunidad Terapéutica “Hogar Crecer”, hemos decidido tomar como referente el modelo de comunidad que plantea (Becoña et al, 2010). En el que refiere que las comunidades terapéuticas de menores, tratarán de responder a la problemática de la adicción procurando adaptarse a las necesidades de los adolescentes. Por ser una etapa crítica en el desarrollo, se prestará una especial atención a las áreas educativas y de formación laboral, así como al empleo del ocio y tiempo libre, buscando promover unos valores que le permitan una adecuada adaptación al contexto social.

Además es importante mencionar que dentro de este proceso terapéutico desarrollado en la comunidad terapéutica se distinguen tres fases, y éstas van de acuerdo en función del momento y de los objetivos planteados; siendo la primera la fase de acogida, la segunda la fase de tratamiento y deshabitación y la tercera la fase de inserción social, donde el tiempo de estancia puede oscilar entre varios meses hasta tres años. Consellería de Sanitat (Citado por Becoña., et al. 2010).

Es importante también conocer que, un tratamiento de rehabilitación puede definirse como el conjunto de estrategias e intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas, para aumentar y optimizar el desempeño personal y social (Hernández, 2010). Según la OMS citado por (Hernández, 2010), se aplica tal nombre al proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario, y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas, hasta cuando se alcance el nivel de salud y bienestar más alto que sea posible.



Es por eso que la importancia de este estudio radicó en poder identificar en qué etapa de tratamiento los adolescentes presentan mayores niveles de ansiedad y depresión con el fin de brindar un mejor tratamiento y de esa manera reducir la sintomatología antes mencionada. Para lograr esto, se plantearon los siguientes objetivos de investigación: determinar los niveles de ansiedad y depresión de los usuarios en cada etapa del proceso de tratamiento e identificar la etapa del proceso de tratamiento en el que se presenta mayor nivel de ansiedad y depresión. Al mismo tiempo se respondieron a las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión que experimentan los usuarios adolescentes drogodependientes en cada etapa del proceso de internamiento? Y ¿En qué etapa del proceso de tratamiento presentan los usuarios mayor y menor nivel de ansiedad y depresión? Es así que para poder llegar a la obtención de los resultados de la investigación, se siguió un proceso, el mismo que consistió en la elaboración de una metodología acorde a dichos objetivos y preguntas de investigación.

Por último es importante mencionar que el presente estudio se enmarcó dentro de promoción y prevención de la salud, ya que por medio de los resultados obtenidos se brindará la información necesaria para que las intervenciones estén dirigidas a reducir los niveles de ansiedad y depresión, puesto que la sintomatología de estos dos factores intervienen en el bienestar del usuario y en su vinculación con el proceso de tratamiento.



## **2 Proceso Metodológico.**

Para el presente trabajo de investigación se desarrolló el siguiente proceso metodológico en donde se plantearon los siguientes puntos:

### **2.1 Preguntas de investigación.**

- ¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión que experimentan los usuarios adolescentes drogodependientes en cada etapa del proceso de internamiento?
- ¿En qué etapa del proceso de internamiento presentan los usuarios mayor y menor nivel de ansiedad y depresión?
- ¿La ansiedad y la depresión disminuyen al pasar cada etapa del proceso de internamiento?

A si mismo se establecieron los siguientes objetivos de investigación:

### **2.2 Objetivo General.**

- Identificar los niveles de ansiedad y depresión en los usuarios adolescentes drogodependientes en las distintas etapas de un proceso de tratamiento.

### **2.3 Objetivos Específicos.**

- Determinar los niveles de ansiedad de los usuarios en cada etapa del proceso de internamiento.
- Determinar los niveles de depresión de los usuarios en cada etapa del proceso de internamiento
- Identificar la etapa del proceso de internamiento en el que se presenta mayor nivel de ansiedad
- Identificar la etapa del proceso de internamiento en el que se presenta mayor nivel de depresión.

Para lograr estos objetivos y responder a las preguntas de investigación se trabajó con un grupo de estudio de 51 participantes varones adolescentes en proceso de internamiento, 17 participantes de la fase de ingreso, 17 participantes de la fase de progreso y 17 participantes de la etapa de egreso respectivamente.



Este estudio se realizó en la Comunidad Terapéutica Proyecto Esperanza “Hogar Crecer” con sede en Cuenca ubicado en el sector Checa, en donde se ofrece un tratamiento integral dividido en tres fases de tratamiento: ingreso, progreso y egreso.

Esta investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo a nivel exploratorio y con alcance descriptivo, puesto que además de brindar una primera aproximación en el tema, también se describieron los niveles de ansiedad y depresión presentados por los usuarios en cada etapa del proceso de tratamiento.

Para la selección de los participantes para el estudio se establecieron los siguientes criterios de exclusión e inclusión, que son los siguientes:

#### **2.4 Criterio de Inclusión.**

- Varones 10 a 17 años, que hayan sido internados por problemas de consumo de sustancias.
- Pacientes que se encuentren en condiciones de salud física y psicológica para responder el cuestionario aplicado mediante una entrevista.
- Pacientes adolescentes drogodependientes sin deterioro cognitivo.

#### **2.5 Criterio de Exclusión.**

- Pacientes varones entre 10 a 17 años en internamiento, por problemas de consumo de sustancias, en condiciones de salud física y mental aceptables, que manifiesten su deseo de no participar en el estudio.

Cabe mencionar que el centro seleccionado donde se realizó el estudio cuenta con la mayor capacidad de usuarios adolescentes drogodependientes frente a otros centros de tratamiento en adicciones para adolescentes de la ciudad de Cuenca.

En cuanto al proceso de recolección de información, se emplearon los siguientes instrumentos:

**Cuestionario de Ansiedad de Hamilton:** Para determinar los niveles de ansiedad en los adolescentes drogodependientes en las distintas etapas de proceso de tratamiento, se usó el cuestionario que se trata de una escala de 14 ítems, 13 son referentes a signos y síntomas ansiosos y el último ítem evalúa el comportamiento del paciente durante la entrevista.



Cada ítem se valora en una escala de 0 (ausente) a 4 (muy severo). La puntuación total es la suma de los puntajes de cada uno de los ítems. El rango de la suma va de 0 a 56 puntos. Además se pueden obtener puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica y ansiedad somática.

Los puntos de corte para la ansiedad total son: No ansioso: 0-5, ansiedad leve: 6-14, ansiedad moderada/grave:  $\geq 15$ .

**Escala de Depresión de Hamilton:** Para determinar los niveles de depresión en los adolescentes drogodependientes en las distintas etapas de proceso de tratamiento, se usó la escala que fue diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente con depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Consta de 17 ítems, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente, la puntuación total de la suma de cada ítem va de 0 a 52 y puede usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo.

Los puntos de corte son: no deprimido: 0-7, depresión ligera/menor: 8-13, depresión moderada: 14-18, depresión severa: 19-22 y depresión muy severa:  $\geq 23$ .

También se evaluó el nivel de deterioro cognitivo mediante el cuestionario NEUROPSI a los usuarios desde los 16 años de edad en adelante y con el Test de BENDER para los usuarios menores de 16 años. Se excluyó al grupo de estudio a quienes presentaron un nivel de deterioro cognitivo grave que dificultaba el entendimiento de las preguntas.

El procedimiento realizado dentro del estudio se inició con la gestión y trámites de aprobación para la realización de la investigación dentro del Centro de Tratamiento de Adicciones Proyecto Esperanza “Hogar Crecer” con el objetivo de acceder al grupo de estudio; posteriormente se revisó la documentación de cada uno de los usuarios del centro de tratamiento con el fin de identificar la etapa en la que se encontraban y seleccionar su participación dentro del estudio. El tamaño final del grupo de estudio estuvo conformada por 51 participantes, dividido por cada fase de tratamiento, donde se logró obtener: 17 en la fase de ingreso, 17 en la fase de progreso y 17 en la fase de



egreso, esto se logró en un periodo de un mes aproximadamente ya que el número de usuarios del centro varia con el tiempo.

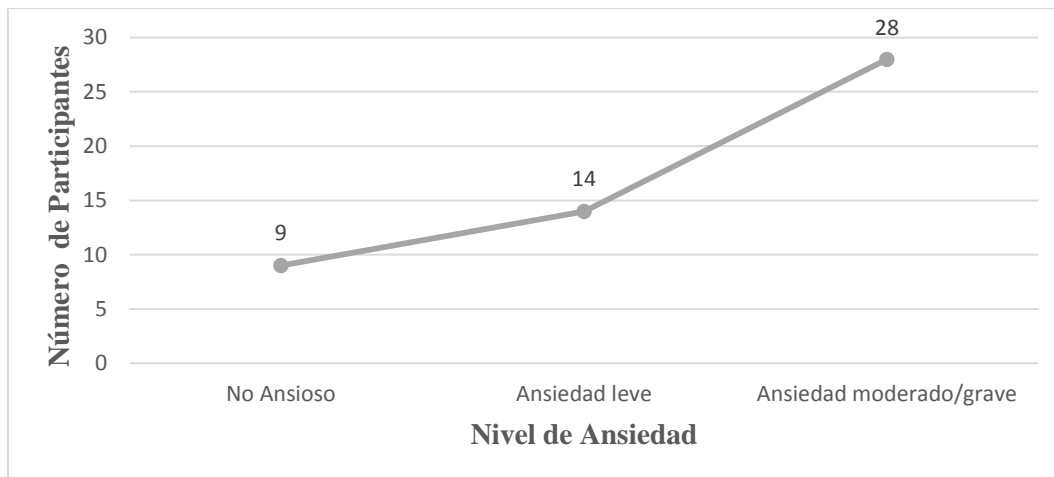
La recolección de la información se realizó en tres etapas: la primera consistió en presentar un consentimiento informado al representante legal de los usuarios, con el fin de acceder al grupo de estudio, ya que los participantes fueron menores de edad. La segunda fue una entrevista con cada usuario en la que se dio a conocer el motivo de la evaluación, además por medio de la entrevista se logró obtener información básica necesaria de la vida del usuario que ayudó luego en la evaluación, posteriormente se leyó y firmo el consentimiento informado; la tercera consistió en la aplicación de los reactivos y tuvo una duración de 45 minutos por cada usuario aproximadamente.

Para el análisis de los datos se empleó estadística descriptiva: frecuencias relativas y porcentuales, tablas de contingencia. Las decisiones se tomaron con un nivel de significancia de 0,05. Los datos se procesaron en SPSS y las tablas y los gráficos se editaron en Excel.

### 3 Resultados.

#### 3.1 Nivel de ansiedad general que experimentan los usuarios en el proceso de tratamiento

En la fase de internamiento, se encontró que: 9 de los 51 participantes (17,6%), no presentan ansiedad, seguido de 14 participantes (27,5%) con ansiedad leve y 28 participantes (54,9%) con ansiedad moderada/grave, siendo esta última la que la que destacó en el grupo de estudio. Gráfico 1.



*Gráfico 1 Nivel de Ansiedad en relación al total de la muestra.*

#### 3.2 Nivel de ansiedad en cada etapa del proceso de internamiento

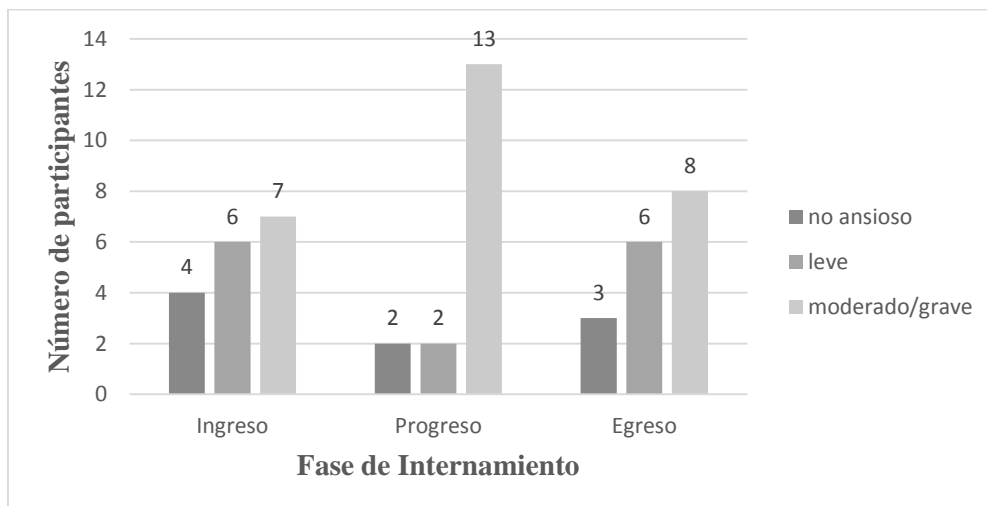
Del 100% del grupo de estudio, se observa que no presentan ansiedad el 7,8% de participantes en la fase de ingreso, seguida por el 3,9% en la fase de progreso y un 5,9% en la fase de egreso. Mientras tanto se observa que la ansiedad leve se presentó en un 11,8% de participantes en la fase de ingreso, seguida por el 3,9% en la fase de progreso y el 11,8% en la fase de egreso. Por último se puede ver que, en cuanto a la ansiedad moderada/grave el 13,7% de participantes están en la fase de ingreso, un 25,5% en la fase de progreso y un 15,7% en la fase de egreso. Siendo el nivel de ansiedad moderada grave la que prevalece en cada etapa de tratamiento. Tabla 1.

*Tabla 1 Nivel de Ansiedad en cada etapa de internamiento*

Nivel	Ingreso		Progreso		Egreso		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
No ansioso	4	7,8%	2	3,9%	3	5,9%	9	17,6%
Ansiedad leve	6	11,8%	2	3,9%	6	11,8%	14	27,5%
Ansiedad moderado/grave	7	<b>13,7%</b>	13	<b>25,5%</b>	8	<b>15,7%</b>	28	54,9%
Total	17	33,3%	17	33,3%	17	33,3%	51	100,0%

### 3.3 Etapa de tratamiento donde se presentan mayores niveles de ansiedad.

Considerando los niveles de ansiedad en cada etapa de internamiento, se encontró que: en la fase de ingreso el 7,8% no presentan ansiedad, seguido por el 11,8% con ansiedad leve y el 13,7% con ansiedad moderada/grave; de la misma manera se encontró que en la fase de progreso el 3,9% no registran ansiedad, seguida por el 3,9% que registran ansiedad leve y el 25,5% que registran ansiedad moderada/grave; por último se encontró que en la fase de egreso el 5,9% no presentan ansiedad, seguido por el 11,8% con ansiedad leve y el 15,7% con ansiedad moderada/grave. Siendo la fase de progreso donde se evidencia mayores niveles de ansiedad. Gráfico 2.



*Gráfico 2 Etapa de Tratamiento en la que se presenta mayores niveles de Ansiedad.*



### 3.4 Nivel de ansiedad por edades de los usuarios.

En cuanto a los niveles de ansiedad presentada por los usuarios según sus edades se observó que, entre los 16 y 17 años de edad se presentan mayores niveles de ansiedad, a los 16 años con el 23,5% correspondiente a ansiedad moderada/grave, seguido por (17,6%) con ansiedad moderada/grave a los 17 años. Gráfico 3.

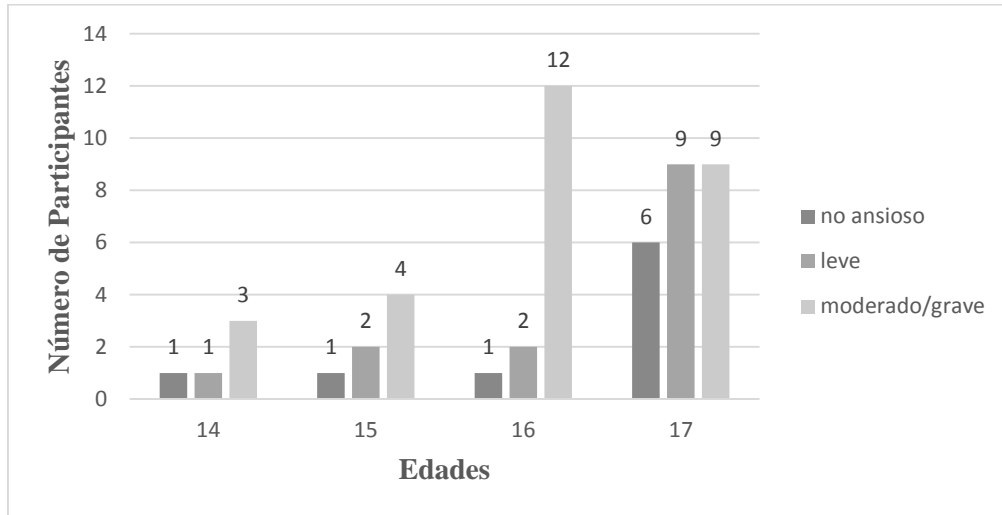
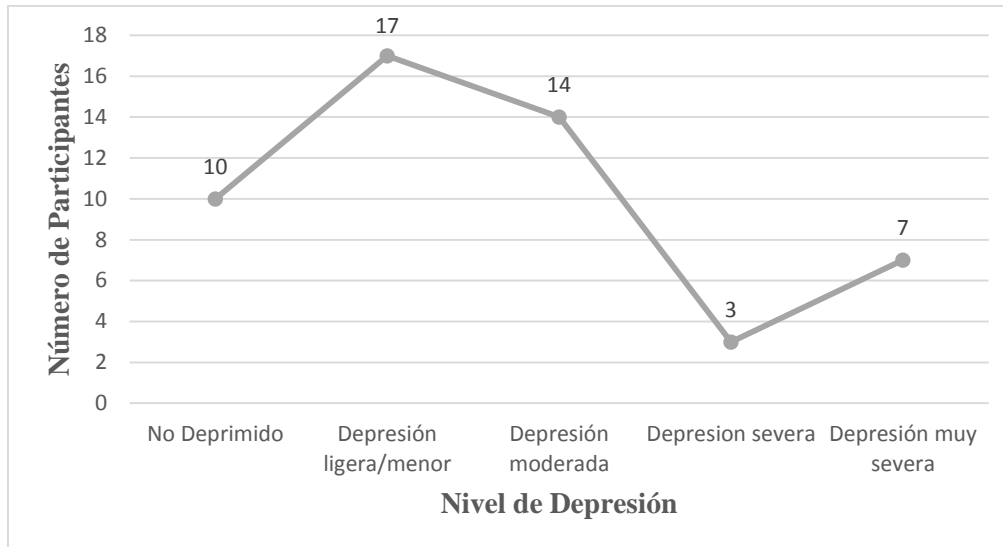


Gráfico 3 Nivel de Ansiedad por edades

### 3.5 Nivel de depresión general que experimentan los usuarios en el proceso de tratamiento.

En el nivel de depresión general se encontró que el 33.3% de la muestra, es decir, 17 de los 51 participantes presentan depresión ligera/menor; 14 depresión moderada; 10 se encuentran en el rango no deprimido; 7 con depresión muy severa y 3 depresión severa. Gráfico 4



*Gráfico 4 Nivel de Depresión en relación al total de la muestra.*

### 3.6 Nivel de depresión en cada etapa del proceso de internamiento

Como se refleja en la tabla 2, de los 51 participantes, 9.8% en la fase de ingreso; 5.9%, en la fase de progreso y 3.9%, en la fase de egreso, no presentan depresión. En cuanto, a depresión ligera/menor el 7.8% se presenta en la fase de ingreso; 9.8% en la fase de progreso y 15.7% en la fase de egreso. Así mismo, en depresión moderada el 9.8%, se presenta en la fase de ingreso; 11.8%, en la fase de progreso y 5.9%, en la fase de egreso. Por otro lado, la depresión severa está presente con 2% tanto en fase de ingreso, progreso y egreso. Por último, la depresión muy severa está presente con 3.9% en la fase de ingreso y progreso, y 5.9% en la fase de egreso.

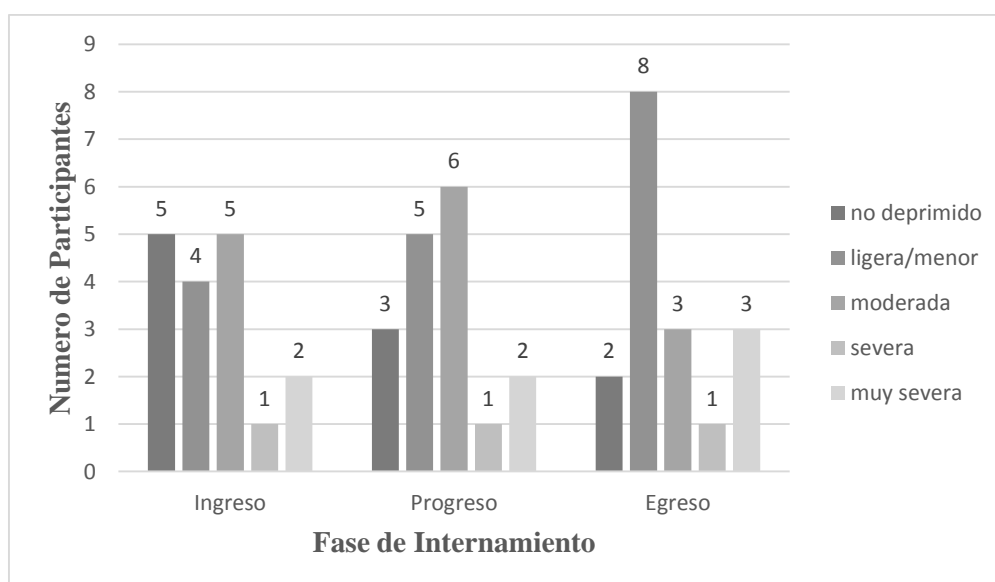
Se puede evidenciar que el nivel de depresión moderada prevalece en la etapa de ingreso y progreso. Por otro lado, en la etapa de egreso se observa un nivel considerable de depresión ligera/menor.

*Tabla 2 Nivel de Depresión en cada etapa de tratamiento*

Nivel	Ingreso		Progreso		Egreso		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No deprimido	5	9,8%	3	5,9%	2	3,9%	10	19,6%
Depresión ligera/menor	4	7,8%	5	9,8%	8	<b>15,7%</b>	17	33,3%
Depresión moderada	5	<b>9,8%</b>	6	<b>11,8%</b>	3	5,9%	14	27,5%
Depresión severa	1	2,0%	1	2,0%	1	2,0%	3	5,9%
Depresión muy severa	2	3,9%	2	3,9%	3	<b>5,9%</b>	7	13,7%
Total	17	33,3%	17	33,3%	17	33,3%	51	100,0%

### 3.7 Etapa de tratamiento donde se presentan mayores niveles de depresión

Como se muestra en el gráfico 5, se evidencia que: en la etapa de egreso se presenta niveles elevados de depresión ligera/menor con 8 participantes de los 51; seguido de depresión moderada en fase de progreso con 6 participantes y con 5 participantes en depresión ligera menor; y en fase de ingreso, tanto en depresión moderada y no deprimido se encontraron 5 participantes.



*Gráfico 5 Etapa de tratamiento en la que se presentan mayores niveles de depresión.*

### 3.8 Nivel de depresión por edades de los usuarios.

En el gráfico 6, se muestra que de los 51 participantes las edades que presentan mayores niveles de depresión son de 16 y 17 años. La depresión ligera/menor está presente en 6 (11.8%) personas de 16 años; así también, está presente en personas de 17 años con 8 (15.7%) y 10 (19.6%) personas no presentan depresión.

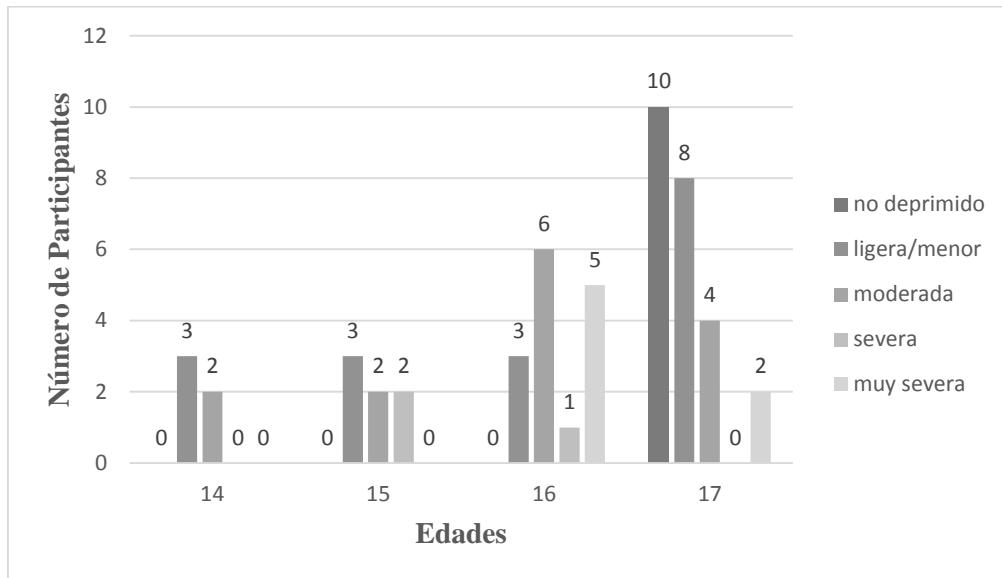


Gráfico 6 Nivel de Depresión por edades



#### 4 Discusión.

Durante la realización de este trabajo de investigación, se aplicó la escala de ansiedad de Hamilton y el cuestionario de depresión de Hamilton, con el fin de identificar cuáles eran los niveles de ansiedad y depresión en las distintas fases de tratamiento que presentan los usuarios adolescentes drogodependientes internos en el centro de tratamiento Proyecto Esperanza “Hogar Crecer”, y se pudo observar que la ansiedad es significativa en la fase de progreso, así como la depresión lo es en la fase de egreso, dificultando el manejo y la rehabilitación de los usuarios del centro.

Es importante analizar la información que nos brindan otros estudios, enfocados en la temática de adicciones y adolescentes.

En el estudio de Chacón y Torres (2016), *titulado Nivel de Ansiedad y Depresión en adolescentes varones con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en el centro de adicciones “Hogar Crecer”, 2011-2015*; se examina la sintomatología depresiva y también la ansiedad a partir de: La escala de ansiedad de Hamilton y el cuestionario de depresión de Hamilton. Encontrando los siguientes resultados en relación a la ansiedad; los niveles de ansiedad de los usuarios al inicio del tratamiento, que correspondería a la fase de ingreso, corresponde al (90,3%) de los participantes que presentaron ansiedad, de los cuales: 51,2% presentaron ansiedad leve, 27,8% ansiedad moderada y el 11,3% ansiedad grave; a diferencia de nuestro estudio, y como refleja la tabla 1, en la etapa de ingreso el 7,8% de participantes no presentan ansiedad, seguido por 11,8% con ansiedad leve y el 13,7% con ansiedad moderada/grave, notando una clara diferencia, pues en nuestra investigación se observó un mayor porcentaje de ansiedad en la fase de ingreso en relación al estudio antes mencionado. Esta diferencia entre las investigaciones puede deberse a que nuestra investigación se realizó evaluando cada fase de tratamiento y se observan mayores niveles de ansiedad en la fase de progreso seguida por la fase de egreso y con menores índices de ansiedad en la fase de ingreso.

En lo que respecta a la depresión según los datos del estudio antes mencionado se puede ver que, se presentó en (93,1%) participantes, de los cuales: 32,6% presentan depresión leve, 36,1% depresión moderada, 17,9% depresión grave y 6,5% depresión muy grave, todos estos al inicio del tratamiento. Estos datos se contrastan con nuestra



investigación, ya que en la etapa de ingreso el 7,8% de los participantes presentan depresión ligera menor, seguida del 9,8% con depresión moderada.

En otro estudio realizado en la Universidad de Cuenca en la Facultad de Ciencias Médicas (Ana Becerra, 2017), titulado *Niveles de depresión, factores de riesgo en internos CREIAD, 12 Pasos, Proyecto Esperanza*, donde examinaron la sintomatología depresiva y ansiedad con la escala de Beck y Test de Hamilton. En la depresión se evidenció que del 100% de la muestra, a nivel general el 43,8% no presenta depresión y el 56,2% si presenta depresión. Corroborando con la presente investigación, en la que se observó que el 19,6% no está deprimido y el 80,4% presenta depresión. Demostrando similitudes en las dos investigaciones, ya que existe mayor predominio de sintomatología depresiva.

Sin embargo, existe la diferencia que en la presente investigación se analizaron los niveles de depresión de acuerdo a las etapas de tratamiento, y en la primera fase se evidenció un índice de 9.8% en depresión moderada; en la segunda fase un 11,8% en depresión moderada; y en la última fase un 15,7% en ansiedad ligera/menor. En lo que refiere a la ansiedad en el estudio antes mencionado se evidenció que, el 20% no está ansioso; el 40% presenta ansiedad leve; y el 40% presenta ansiedad moderada. Comparando con el presente estudio el 17,6% esta no ansioso; el 27,5% presenta ansiedad leve; y el 54,9% presenta ansiedad moderado/grave. Se encuentra una diferencia significativa en lo que respecta con el presente estudio ya que hay predominio de ansiedad moderado/grave.

A nivel general se observa que en la presente investigación el 17,6% del grupo de estudio no presenta ansiedad, el 27,5% si presenta algún nivel de ansiedad y el 54,9% de participantes presentan ansiedad significativa, como se observa en el gráfico 1, esto en comparación con un estudio realizado en la Habana Cuba, por (Leal, Caballero, Calvo y Diago, 2015), titulado *Comorbilidad entre dependencia de alcohol y trastornos de ansiedad en pacientes hombres ingresados*. Se puede observar que, cerca del 50% de la población global presentó el mismo nivel de ansiedad.

En lo que respecta a la depresión se pudo ver que a nivel general los síntomas depresivos leves representan índices elevados en la presente investigación, y comparando con el estudio realizado por (Urdapilleta, et al., 2010) en el cual los



pacientes presentaron mayores índices de síntomas depresivos leves, por lo que podemos observar una similitud entre estos estudios con nuestra investigación.

Así mismo, con respecto a la depresión en un estudio realizado en España, llamado *Psicopatología y funciones ejecutivas en adictos a la cocaína* publicado por la revista *Anales de psicología* (Garcia-Fernandez, Garcia-Rodriguez, Secades-Villa, Sanchez-Hervas y Fernandez-Hermida, 2012), se evaluó la presencia de alteraciones psicopatológicas en una muestra de adictos a la cocaína. Los resultados mostraron que al menos un 26% de la muestra puntuaba por encima del punto de corte de riesgo psicopatológico establecido en cada una de las escalas del SCL-90-R y que el 81,6% presentaba síntomas depresivos. De igual manera, en la presente investigación la depresión se presenta en el 80,4% de los adolescentes, obteniendo un mayor porcentaje de 33.3% para depresión ligera/menor. Estos datos similares evidencian que las personas con abuso de sustancias tienden a mostrar altos índices de depresión

Contrastando los resultados de estos estudios con nuestra investigación, se muestra que la ansiedad y depresión se presentan de manera frecuente en los adolescentes que consumen drogas, a nivel general: la ansiedad se presentó en el 82,4% y la depresión en el 80,4%, obteniendo un mayor porcentaje de 54,9% para ansiedad moderada/grave y 33,3% para depresión ligera/menor. De igual manera la presente investigación estuvo enfocado en identificar cual es la fase en la que se presenta mayor nivel de ansiedad y depresión. En ansiedad, la fase de progreso con 25,5% de ansiedad moderado/grave y en depresión, la fase de egreso con 15,7% en depresión ligera/menor.

Es trascendente señalar que los diferentes niveles de la ansiedad y depresión, en los adolescentes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, podría dificultar el proceso de tratamiento y su recuperación, por lo que sería de mucha importancia investigar las causas subyacentes, para evitar las recaídas que son frecuentes en esta población.

Además cabe recalcar que no se han encontrado estudios en los que se evalué la ansiedad y depresión en adolescentes drogodependientes por etapas de tratamiento.



## 5 Conclusiones

De acuerdo a las preguntas de investigación podemos concluir:

En relación a los niveles de ansiedad en cada etapa del proceso de tratamiento se evidenció que los participantes: en la etapa de ingreso, presentaron ansiedad leve el 11,8% y ansiedad moderada/grave el 13,7%. Por otro lado, en la etapa de progreso se observó ansiedad leve el 3,9% y ansiedad moderada/grave el 25,5%. Por último, en la etapa de egreso, presentaron el 11,8% con ansiedad leve y 15,7% con ansiedad moderada/grave.

Según los niveles presentados se observó que existe predominio de ansiedad moderada/grave en las tres etapas. Existiendo un porcentaje significativo en la etapa de progreso.

En cuanto a los niveles de depresión en cada etapa de internamiento, los datos nos mostraron que: en la fase de ingreso, presentaron depresión ligera/menor el (7,8%); depresión moderada el (9,8%); depresión severa el (2%); y depresión muy severa el (3,9%). Por otro lado, en la fase de progreso se observó en depresión ligera/menor el (9,8%); depresión moderada el (11,8%); depresión severa el (2%); y depresión muy severa, (3,9%). A su vez, en la fase de egreso se evidenció en depresión ligera/menor con (15,7%); en depresión moderada el (5,9%); depresión severa el (2%); y en depresión muy severa el (5,9%).

Se evidenció que el nivel de depresión moderada prevalece en la etapa de progreso. Por otro lado, en la etapa de egreso se observó un nivel considerable de depresión ligera/menor. Debido a la observación, de estos datos podemos inferir que el grado de depresión ligera/menor aumenta al pasar cada etapa.

Finalmente, con respecto a las edades, la ansiedad y depresión se presentó entre los 16 y 17 años con un índice elevado de ansiedad moderada/grave y de depresión ligera menor respectivamente.





## **6 Recomendaciones**

Este estudio presentó algunas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta. Como fue el escaso tamaño de la muestra, la no consideración de algunas variables clínicas de interés (por ejemplo, variables de gravedad de la adicción tal como años de consumo, edad de inicio de consumo), son limitaciones que deberían intentar subsanarse en futuras investigaciones. Además es importante analizar cada etapa de manera más detallada, al evaluar a los usuarios al inicio y al final de cada una de ellas, y de esa manera identificar mejor cuanta ansiedad o depresión puede generar el paso del proceso.

Por otro lado, es aconsejable continuar con estudios posteriores que consideren una población y muestra más grandes, así como un periodo de estudio más prolongados para tener mayor cantidad de usuarios en cada etapa. Además, se recomienda que esta investigación sea de forma longitudinal, pues contribuiría a mejorar los tratamientos psicológicos enfocados en disminuir la ansiedad y depresión. Así mismo, sería de especial importancia que se replique el estudio en función de cada sustancia de consumo.

Recomendamos la utilización de los instrumentos, que se aplicaron en esta investigación, pues son herramientas confiables y de validez significativa, que permiten medir una amplia gama de síntomas y a la vez determinar los niveles de ansiedad y depresión en este proyecto de investigación.

Finalmente, se recomienda seguir con esta línea de investigación, con constructos asociados a personalidad, habilidades sociales, distorsiones cognitivas, mecanismos de afrontamiento y mecanismos de defensa, lo cual ayudaría a enriquecer la investigación propuesta.



## 7 Bibliografía.

- Agudelo, D., Casadiegos, C. y Sanchez, D. (2008). *Relacion entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios*. Univ. Psychol. Bogota, Colombia V8 No 1 PP. 87-104 3n3-abr 2009 ISSN 1657-9267. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n1/v8n1a7.pdf>
- Araujo, G., y Clavijo, F. (2016). Ansiedad y Depresión en adultos varones drogodependientes en proceso de internamiento. *Universidad de Cuenca*.
- Asociación de sociedades científicas -médicas de Chile. Asocimed. (Website). Trastorno por consumo de sustancias en adultos. Año 2012. Recuperado de: [https://www.asocimed.cl%2FGuias%2520Clinicas%2Fneurologia%2520psiquiatria%2520y%2520neurocirugia%2Fuhttp%3A%2F%2Fwww.asocimed.cl%2FGuias%2520Clinicas%2Fneurologia%2520psiquiatria%2520y%2520neurocirugia%2Fusosustancias.htmlsosustancias.html&h=ATP0xAZfB8Gso4nwHrT3NZaiyAr6lH10by7q\\_QOroMhRL7Qk7THMjCG0WGmmJMhUIVd93\\_0hW7Ic6euLCIHGeFi6S5SEK7MPqxBj-XXK52bRMeY7bePDkDKSvfljJ9y7a3C9Sw](https://www.asocimed.cl%2FGuias%2520Clinicas%2Fneurologia%2520psiquiatria%2520y%2520neurocirugia%2Fuhttp%3A%2F%2Fwww.asocimed.cl%2FGuias%2520Clinicas%2Fneurologia%2520psiquiatria%2520y%2520neurocirugia%2Fusosustancias.htmlsosustancias.html&h=ATP0xAZfB8Gso4nwHrT3NZaiyAr6lH10by7q_QOroMhRL7Qk7THMjCG0WGmmJMhUIVd93_0hW7Ic6euLCIHGeFi6S5SEK7MPqxBj-XXK52bRMeY7bePDkDKSvfljJ9y7a3C9Sw)
- Becerra, A. (2017). *Niveles de depresión, factores de riesgo en internos CREIAD, 12 pasos, Proyecto Esperanza (Tesis de pregrado)*. Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Becoña, E., Cortes, M., Arias, F., Barreiro, J., Berdullas, J., Iraurgi, I., Llorente, J., Lopez, A., Madoz, A., Martinez, J., Ochoa, E., Palau, C., Palomare, A. y Villanueva, v. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. España: sociodrogalcohol.
- Boger KD, Auerbach RP, Pechtel P, Busch AB, Greenfield SF, Pizzagalli DA.; Co-Occurring Depressive and Substance Use Disorders in Adolescents: An Examination of Reward Responsiveness During Treatment. J Psychother Integr. Boston. Año 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318359/>



Cárdenas E., Feria M., Palacios Lino, De la Peña F. Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes. México. Ed. Patricia Fuentes de Iturbide. Año 2010. Visitado el: 04 de Agosto de 2015. Disponible en:

[www.inprf.gob.mx/opencms/export/.../guias/trastornos\\_de\\_ansiedad.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/.../guias/trastornos_de_ansiedad.pdf)

Cobo, M. (2015). Drogodependencia y Depresión en los Adolescentes de la Fundación Jesús Divino Preso. Universidad san francisco de Quito.

Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP). Alcohol y Marihuana, Drogas Más Consumidas. Año 2013. Disponible en:

<http://www.prevenciondrogas.gob.ec/>

Chacón, J., Torres, M. (2016). Nivel de ansiedad y depresión en adolescentes varones con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas en el centro de adicciones “Hogar Crecer”, 2011-2015. Universidad de Cuenca, Facultad de medicina, Ecuador. Pg. 11-37. Recuperado de:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25392/1/tesis.pdf>.

DSM-V Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Fantin, M. (2006). Perfil de Personalidad y consumo de Drogas en Adolescentes Escolarizados. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis, Argentina. ADICCIONES, 2006, Vol.18 Núm. 3, Págs. 285-292.

Recuperado de: <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/346>

Garcia-Fernandez, G., Garcia-Rodriguez, Olaya., Secades-Villa, R., Sanchez-Hervas, E. y Fernandez-Hermida, J. R. (2012). *Psicopatología y funciones ejecutivas en adictos a la cocaína*. Anales de psicología, 28(3), 720-727.

Hamilton, M (s.f.) Escala de ansiedad de Hamilton. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Recuperado de:

<https://www.google.com.ec/webhp?sourceid=chromeinstant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=ESCALA+DE+ANSIEDAD+DE+HAMILTON>

Hernández, D. (2010). Tratamiento de adicciones en Colombia. Rev. Colomb. Psiquiat., vol 39, Suplemento 2010. Recuperado de:

<https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0/S0034745014602742?returnurl=http:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve>



[ve%2Fpii%2FS0034745014602742%3Fshowall%3Dtrue&referrer=http%2F%2Fwww.sciencedirect.com%2Fscience%2Farticle%2Fpii%2FS0034745014602742](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014602742?showall=true&referrer=http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014602742)

Irurtia M.J., Caballo V.E., Ovejero A. Trastornos de Ansiedad Provocado por Sustancias Psicoactivas/ Substance – Induced Anxiety Disorder. España. Año 2009. Disponible en:

[http://www.researchgate.net/publication/259494648 Trastorno de ansiedad pr ovocado por sustancias psicoactivas Substance-induced anxiety disorder](http://www.researchgate.net/publication/259494648_Trastorno_de_ansiedad_provocado_por_sustancias_psicoactivas_Substance-induced_anxiety_disorder)

Leal, B., Caballero, J., Clavo, E. y Diago, Z. (2015). Comorbilidad entre dependencia al alcohol y trastornos de ansiedad en pacientes hombres ingresados. Revista Hospital Psiquiatrico de la Habana. Volumen 12No.1 – 2015. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=63487>

López, S., Rodriguez-Arias, J. (2010). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según el sexo y la edad. Psicothema, vol. 22, núm. 4, pp. 568-573. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715515007>

Llomáki R., Substance Use Disorders in Adolescence: Comorbidity, Temporality of Onset and Socio-Demographic Background. A Study of Adolescent Psychiatric in Patients in Northern Finland. Año: 2012. Disponible en: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514299230.pdf>

Murillo, L. (2013). El policonsumo de las drogas ilícitas en los adolescentes de Hogares Crea de Barba de Heredia y Cartago. Rev. Actual en Costa Rica, 24, 1-13. Recuperado de: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/drogas.pdf> ISSN 1409-4568

Organización Mundial De la Salud. La Depresión. Año 2012. Visitado el: 16 de Agosto de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Purriños. M, (s.f.) Escala de Hamilton – Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Servicio de Epidemiología. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galeno de Saúde. Recuperado de: <http://www.meiga.info/Escalas/Depresion-Escala-Hamilton.pdf>



Ruiz, J. (2017). Manual básico de prevención de adicciones II. Argentina. La comuna ediciones.

Rojas, D. (2012). Una mirada al consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes colombianos. Universidad de la sabana. Recuperado de: [intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/4627/130811.pdf?sequence=1](http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/4627/130811.pdf?sequence=1)

Urdapilleta, E., Sansores, R., Ramírez, A., Méndez, Mónica., Lara, A., Guzmán, S., Ayala, F., Haro, R., Cansino, S., y Moreno, A. (2010). *Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción*. Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México. Vol. 52, núm. 2, Pg. S120-S128. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10617471007>.



**8 Anexos**

Cuenca, 18 de enero del 2017

Sr. Juan Heredia Idrovo

Director Administrativo del Centro de Tratamiento Proyecto Esperanza

De nuestras consideraciones.

Reciba un cordial y afectuoso saludo de Santiago Heredia con C.I. 0104017223 y Rubén Morocho con C.I. 0105873491, estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca. La razón de la presente es para solicitarle de la manera más comedida se sirva en autorizar el permiso para la aplicación de reactivos sobre ansiedad y depresión, para la realización del trabajo de titulación.

Por la favorable acogida de la presente anticipamos nuestro agradecimiento.

Atentamente:

-----

Santiago Heredia A.

-----

Rubén Morocho P.



Cuenca, 26 de enero del 2017.

Ingeniera Piedad Heredia.

Representante legal de los usuarios del Centro de Tratamiento Proyecto Esperanza  
“Hogar Crecer”

De nuestras consideraciones:

Reciba un cordial y afectuoso saludo de Santiago Heredia con C.I. 0104017223 y Rubén Morocho con C.I. 0105873491, estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca. La razón de la presente es para solicitarle de la manera más comedida se sirva en autorizar el permiso para la aplicación de reactivos sobre ansiedad y depresión, para la realización del trabajo de titulación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico.

Por la favorable acogida de la presente anticipamos nuestro agradecimiento.

Atentamente:

-----

Santiago Heredia A.

-----

Rubén Morocho P.



## Consentimiento informado

Fecha:

Yo, \_\_\_\_\_, usuario de Centro de Tratamiento de Adicciones Proyecto Esperanza “Hogar Crecer”, certifico que he sido informado con la veracidad y claridad debida al ejercicio académico de los solicitantes, Santiago Heredia y Rubén Morocho; actuó consecuente, libre y voluntariamente como participante.

Soy conocedor de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención psicológica.

Que se respeta la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Firma participante:

Firma evaluadores:





Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

### ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

**Población diana:** Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

#### Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4


Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	




**ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)****ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)****M.J. Purriños***Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde*

- La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado. Las escalas de valoración permiten evaluar ambos hechos.
- La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.
- Si bien su versión original constaba de 21 ítems[1], posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems [2], que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva [3]. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas[3, 4] como ambulatorios[5].
- Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:
  - No deprimido: 0-7
  - Depresión ligera/menor: 8-13
  - Depresión moderada: 14-18
  - Depresión severa: 19-22
  - Depresión muy severa: >23
- Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25% [7]. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo [8].

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4


**ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)**

<b>Sentimientos de culpa</b>	
- Ausente	0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
<b>Suicidio</b>	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
<b>Insomnio precoz</b>	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
<b>Insomnio intermedio</b>	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
<b>Insomnio tardío</b>	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
<b>Trabajo y actividades</b>	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
<b>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</b>	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
<b>Agitación psicomotora</b>	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4


**ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)**

<b>Ansiedad psíquica</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay dificultad</li> <li>- Tensión subjetiva e irritabilidad</li> <li>- Preocupación por pequeñas cosas</li> <li>- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla</li> <li>- Expresa sus temores sin que le pregunten</li> </ul>	0 1 2 3 4
<b>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausente</li> <li>- Ligera</li> <li>- Moderada</li> <li>- Severa</li> <li>- Incapacitante</li> </ul>	0 1 2 3 4
<b>Síntomas somáticos gastrointestinales</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguno</li> <li>- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</li> <li>- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</li> </ul>	0 1 2 3 4
<b>Síntomas somáticos generales</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguno</li> <li>- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2</li> </ul>	0 1 2
<b>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausente</li> <li>- Débil</li> <li>- Grave</li> </ul>	0 1 2
<b>Hipocondría</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausente</li> <li>- Preocupado de si mismo (corporalmente)</li> <li>- Preocupado por su salud</li> <li>- Se lamenta constantemente, solicita ayuda</li> </ul>	0 1 2 3
<b>Pérdida de peso</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana</li> <li>- Pérdida de más de 500 gr. en una semana</li> <li>- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana</li> </ul>	0 1 2
<b>Introspección (insight)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se da cuenta que esta deprimido y enfermo</li> <li>- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.</li> <li>- No se da cuenta que está enfermo</li> </ul>	0 1 2 3